

**NOTIFICATION d'intervention de l'assurance soins de santé pour traitement orthodontique régulier**

**Case 1: Identification du bénéficiaire, du patient et du praticien.**

- **Bénéficiaire** (obligatoirement à remplir par le bénéficiaire ou apposer une vignette) :  
 Nom et prénom : .....  
 Adresse: .....  
 Mutualité : .....  
 N° d'identification sécurité sociale : .....
- **Patient** (obligatoirement à remplir par le praticien):  
 Nom et prénom : .....  
 Date de naissance : : ....../....../.....
- **Praticien** (obligatoirement à remplir par le praticien)  
 Nom et prénom : .....  
 Adresse du cabinet : .....  
 Numéro INAMI : .....

**Case 2 : Notification au médecin conseil.**

**Instruction :** A remplir par le praticien. Cocher ce qui est d'application et justifier si demandé.

- Notification pour un traitement orthodontique régulier d'une durée de validité de 24 mois civils
- Notification pour un traitement orthodontique régulier à titre conservatoire  
 (uniquement valable si effectuée dans les 24 mois civils se terminant avec celui du 15<sup>e</sup> anniversaire)

Justification :  
.....  
.....  
.....

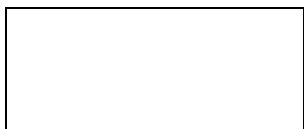
**Case 3 : Détails concernant le diagnostic et le plan de traitement**

**3.1. Description détaillée du diagnostic initial :**  
.....  
.....  
.....

**3.2. Description détaillée du plan de traitement :**  
.....  
.....  
.....

**3.3. Etat des dents**                      ○ sans carie                      ○ soignées

**Case 4 : Signature du praticien.**



Cachet

Date : ....../....../.....

Signature du praticien]